PROPOSITIONS

N° 112

SUR

DIVERS POINTS DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 24 mai 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR L. MOCQUIN,

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président.* / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RECAMIER, *Suppléant.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard, *Examinateur.*	Gerdy.
Blandin, *Suppléant.*	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Examinateur.*	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

L. MOCQUIN.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/propositionssurd0004lmoc

PROPOSITIONS

SUR

DIVERS POINTS DE CHIRURGIE.

I.

Les fractures simples situées aux membres supérieurs guérissent, en général, fort bien, quel que soit l'âge de l'individu; mais lorsqu'elles ont lieu aux membres inférieurs, le prognostic est plus grave, surtout chez les vieillards. Ceux-ci sont très-souvent affectés de quelque autre maladie, tels que le catharre pulmonaire, le scrophule, le scorbut, une disposition à l'apoplexie, etc., maladies qui tendent à augmenter par les inconvéniens du traitement. De plus, l'inaction et la position gênante, auxquelles ils sont condamnés, déterminent souvent des inflammations gangréneuses à la peau qui recouvre les parties saillantes des os, sur lesquels repose le corps, accident qui entraîne presque toujours par lui-même la mort.

II.

Lorsqu'une fracture est accompagnée de gonflement, d'irritation et de spasme, y a-t-il alors de l'inconvénient à tenter la réduction,

et doit-on craindre que les tiraillemens que l'on exercera sur le membre en déterminent la gangrène? Faut-il attendre, pour procéder, que la tuméfaction inflammatoire et le spasme soient dissipés? Non; dans la plupart des cas il faut faire de suite la réduction; et, comme celle-ci est difficile, il est important de mettre les muscles dans le plus grand relâchement possible, et de distraire, si l'on peut, l'attention du malade. Lorsque cette réduction est obtenue, le spasme et l'irritation se dissipent, la cause qui détermine ces accidens n'existant plus, c'est-à-dire le déplacement des fragmens qui irritent les parties voisines.

III.

Dans une fracture sans plaie, si une artère considérable était ouverte, il ne faudrait pas inciser sur le trajet de l'artère pour en faire la ligature au-dessus et au-dessous de la blessure, comme *J.-L. Petit* l'a fait pour une fracture de la cuisse, parce qu'on n'est pas certain de quelle artère vient le sang, et qu'il est à craindre que l'artère, située au milieu de parties enflammées, s'enflamme elle-même, se coupe sous la ligature, et que l'hémorrhagie reparaisse. Il convient mieux de lier l'artère loin de l'épanchement et loin de la fracture, afin d'éviter les inconvéniens désignés ci-dessus, et ceux qui résulteraient de l'introduction de l'air dans le foyer. Si en même temps la fracture était comminutive, le meilleur parti à prendre serait l'amputation.

IV.

Les fractures compliquées de déchirures des muscles, de déplacement des os, de lésions de petits vaisseaux, et quelle que soit la complication, pourvu qu'elle ne soit pas très-considérable, et que le foyer de la fracture ne soit pas en communication avec l'air extérieur, cette fracture guérit sans accidens; et, comme les fractures les plus simples, quand on a soin de prévenir le développement d'une trop grande inflammation par des saignées proportionnées à la

force et à l'âge du malade, toutes les phases se développent au dedans, et ses produits sont résorbés à mesure qu'ils se forment.

V.

Toutes les fois qu'une fracture existe avec plaie des tégumens et communication de l'air avec le foyer de la fracture, si la plaie est petite ou susceptible d'être exactement fermée, que les parties molles ne soient point contuses au point d'être ou complètement désorganisées ou dans l'impossibilité de résister au développement de l'inflammation consécutive, on obtient en général la guérison en obstruant la plaie d'un épais emplâtre de sparadrap de diachilum gommé ; mais si, malgré ce moyen et un régime antiphlogistique, l'inflammation se développe, elle est beaucoup plus grave, parce que le pus ne trouvant pas d'issue séjourne et forme des foyers énormes. S'il siége sous une aponévrose, le cas est bien plus grave encore, parce que ne pouvant percer cette aponévrose, à moins d'un temps très-long, il fuse entre les muscles et produit des désordres épouvantables ; alors il faut lever l'appareil et agrandir la plaie : il est vrai qu'en agissant ainsi on augmente l'inflammation, mais cet inconvénient ne peut pas être mis en parallèle avec celui qui résulte du séjour du pus quand on n'agrandit pas la plaie.

VI.

Quand les os sont cassés en un grand nombre de fragmens, que la peau, les muscles, etc., sont tellement lacérés qu'ils rendent la gangrène inévitable, l'amputation du membre est la seule ressource pour sauver la vie du malade, et elle doit être pratiquée sur-le-champ.

VII.

Si les complications et les désordres sont moindres que dans le cas précédent, doit-on pratiquer l'amputation du membre, ou bien doit-on tenter de le conserver? Si le malade est jeune, dix-huit à

vingt ans, par exemple, ou si, plus avancé en âge, il a une bonne constitution, le moral non affecté, on peut tenter la guérison ; mais alors on a à combattre une grande inflammation, une abondante suppuration, les fusées de pus, la névrose, l'épuisement des forces, les affections concomittantes, telles que des pneumonies, des pleurésies, et après un traitement de plusieurs mois, et quelquefois d'une année entière, on parvient à sauver quelques membres, qui restent ordinairement enkylosés ou difformes, de telle sorte que ce membre, acheté par tant d'accidens, n'est pas de nature à satisfaire le malade et le médecin. Faut-il donc amputer? Mais une personne qui, quelques minutes auparavant, était saine, se voit tout à coup accablée d'une fracture et de la perte d'un membre : il y a peu de malades dont le moral résiste à cette double douleur. Des symptômes nerveux surviennent, qui font ordinairement succomber le malade ; de plus, l'amputation est une opération grave dans laquelle on ne sauve qu'un huitième des malades pour la cuisse, un cinquième pour la jambe, et un peu plus pour le bras. Il n'y a aucune règle certaine sur ce point délicat livré entièrement à l'expérience et au génie du chirurgien.

VIII.

Il résulte des propositions précédentes que les fractures compliquées peuvent être rangées sous quatre ordres :

1°. Quelles que soient les complications de la fracture, s'il n'y a pas de plaie à la peau, on doit toujours tenter de conserver le membre ;

2°. Quand la peau et les parties molles sont déchirées, et que l'air communique avec le foyer de la fracture, si la plaie est peu étendue, l'occlusion de cette plaie paraît être le traitement le plus convenable ;

3°. Quand les os sont comme moulus, les parties molles désorganisées, l'amputation est le seul moyen de conserver la vie au malade ;

4°. Quand les désordres sont moindres que dans le cas précédent, que l'individu est jeune et bien constitué, doit-on tenter la conserva-

tion du membre, ou doit-on pratiquer l'amputation? La question n'est pas résolue.

IX.

Il n'y a que deux moyens sûrs de reconnaître les fractures du crâne, c'est de voir ou de toucher la fracture; celles-ci sont plus graves que celles des autres os, à cause de l'influence que peut en ressentir le cerveau; cependant une large plaque osseuse peut être enfoncée de plusieurs lignes, et des corps étrangers, une balle, par exemple, peuvent séjourner dans le cerveau sans qu'il y ait altération dans l'intelligence, la sensibilité et le mouvement. J'ai observé l'un et l'autre cas.

X.

Les fractures de la colonne vertébrale, comme celles du crâne, sont moins graves par la solution de continuité des os que par la lésion de l'organe qu'ils protégent. Lorsqu'elle a son siége au-dessus de l'origine du nerf diaphragmatique, la mort est instantanée; lorsqu'elle a son siége au-dessous de l'origine de ce nerf, toutes les parties dont les nerfs tirent leur origine au-dessous du point où correspond la fracture sont paralysées; la moelle épinière et ses membranes ne tardent pas à s'enflammer dans le lieu de la fracture, et tantôt alors l'inflammation descend le long du rachis, et, dans ce cas, le malade peut guérir; tantôt, au contraire, l'inflammation remonte; et lorsqu'elle a atteint l'origine du nerf diaphragmatique, le malade meurt comme par asphyxie.

XI.

Les fractures du sternum et celles des os qui forment le bassin ont aussi une grande analogie sous le rapport de leur gravité avec celles du crâne et celles du canal rachidien. Toutes, en général, guériraient aussi facilement que les fractures des os des membres, si les organes contenus dans les cavités dont ces os forment les parois n'étaient plus ou moins compromis par la fracture.

XII.

Dans le cas où il existe une fracture de la clavicule, et en même temps une fracture de côtes du même côté, on ne doit pas se servir de l'appareil de *Desault*, parce que prenant son point fixe sur le thorax, pour porter le membre en sens inverse de celui dans lequel il se trouve par l'effet de la maladie, les fragmens des côtes pourront être enfoncés et léser la plèvre et le poumon, ce qui déterminerait des inflammations très-dangereuses; de plus, la difficulté de respirer qui résulterait de ce bandage mettrait le malade dans un état d'angoisse inexprimable; il faut se contenter d'un bandage de corps pour la fracture des côtes, et de la simple position pour la fracture de la clavicule.

XIII.

Des chirurgiens célèbres ont nié l'existence des fractures longitudinales et des fractures incomplètes des os. J'ai recueilli deux observations qui m'autorisent à admettre les unes et les autres.

XIV.

La fracture de l'extrémité supérieure du bras offre la plupart des symptômes de la luxation en bas de la tête de l'humérus. Lorsque les parties molles sont tuméfiées ou infiltrées d'une grande quantité de sang, il est quelquefois impossible de distinguer si le déplacement dépend de la fracture ou de la luxation. Quelques chirurgiens attendent, avant d'agir, que le gonflement soit dissipé; mais la cause persistant (le déplacement) l'effet persiste (le gonflement), et la tête de l'os s'est déjà creusé une cavité, ou les fragmens se sont déjà réunis par des liens impossibles à détruire, que l'inflammation n'a pas encore disparu, et alors, souvent, les mouvemens du membre sont perdus pour toujours et la difformité irréductible. La réduction est

le moyen de ramener les parties à leur état naturel; elle doit être faite de suite, soit que le déplacement dépende d'une fracture, soit qu'il dépende d'une luxation, et, dans le cas de doute, se conduire comme s'il y avait fracture, afin d'éviter les suites fâcheuses de toute méprise.

XV.

Les fractures de la tête de l'humérus sont ordinairement le résultat d'une chute sur le moignon de l'épaule; cette fracture n'est jamais simple, c'est un véritable écrasement; la tête de l'os, pressée fortement contre la cavité du scapulum, éclate; en effet, le col de l'humérus, qui est très-fort et très-court, ne saurait se fracturer comme celui du fémur, qui est mince et long, et qui a une direction presque horizontale. Quelquefois les fragmens sont déplacés, et alors cette fracture a été prise pour une luxation; mais il est un signe commémoratif qui seul peut lever tous les doutes dans un très-grand nombre de cas : le malade est-il tombé sur l'épaule, il y a tout lieu de présumer qu'on a affaire à une fracture; est-il, au contraire, tombé sur la paume de la main ou sur le coude éloigné du corps, il est extrêmement probable qu'il y a une luxation. Il ne faut pas trop compter sur ce que disent les malades à cet égard; souvent ils assureront être tombés sur l'épaule, bien qu'il n'en soit rien, parce qu'ils rapportent la chute là où est la douleur; mais qu'on examine alors leur main ou leur coude, on verra que l'une ou l'autre de ces parties est pleine de boue ou excoriée par suite de la chute qu'ils ont faite; enfin, saisissant le bras à son extrémité inférieure et lui faisant exécuter des mouvemens de rotation, on entend la crépitation.

XVI.

Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus sont difficiles à reconnaître lorsqu'il y a du gonflement; on peut croire qu'il existe une luxation de l'avant-bras. Dans cette fracture, comme dans celles

qui ont leur siége sur des os volumineux et près des articulations, il faut, en général, renouveler fréquemment les pansemens, surtout dans les premiers temps de la maladie ; si on néglige cette précaution, on expose le malade à l'ankylose, et à des escharres très-difficiles à guérir.

XVII.

Quand une fracture est compliquée de luxation, il faut d'abord tenter de réduire celle-ci, en appliquant les moyens d'extension sur le fragment luxé; mais, pour que les efforts de réduction ne soient pas infructueux, il faut que le fragment présente assez de prise pour pouvoir être saisi, et que l'accident soit récent, parce que le gonflement survient si promptement qu'il n'est souvent plus possible de tenter la réduction.

XVIII.

La fracture de l'extrémité inférieure du radius est souvent méconnue et prise pour une luxation du carpe, à cause de quelques conformité dans les signe des ces deux affections. Dans les cas de fracture, l'extrémité inférieure de l'os est portée en arrière par le long supinateur et les radiaux externes, le poignet est concave dans ce sens et convexe antérieurement; la main est renversée en dedans, et l'extrémité inférieure du cubitus fait sous la peau une saillie marquée. Dans le cas de luxation du poignet en avant, la carpe fait également une saillie à la partie antérieure de l'articulation, et une dépression en arrière; mais rien de plus rare que ce dernier accident. J'ai souvent entendu dire à M. *Dupuytren* qu'il ne l'avait jamais observé dans son état de pureté, mais toujours accompagné de la fracture de l'extrémité du radius.

XIX.

Les fractures transversales de l'extrémité supérieure du corps du fémur sont quelquefois très-difficiles à reconnaître, à cause de l'é-

paisseur des parties molles qui recouvrent l'os à cet endroit. Dans le cas de doute on doit appliquer un appareil. La difficulté qu'on éprouve de maintenir les fragmens exactement réduits, fait que ces fractures sont très-graves.

XX.

Les fractures obliques du corps du fémur sont beaucoup plus graves que les fractures transversales du même os, à cause de la difficulté de neutraliser l'action des muscles qui tirent le fragment inférieur en haut et en dedans du fragment supérieur. De toutes les méthodes qui ont été proposées à cet effet, celle de M. *Dupuytren* me paraît la plus avantageuse.

XXI.

Quelques chirurgiens prétendent que les fractures du col du fémur ne sont pas curables, parce que, disent-ils, le col est dépouillé de son périoste, et que le fragment supérieur n'est pas assez nourri. Mais il est très-rare que le col soit entièrement dépouillé de son périoste, et, de plus, cet os est privilégié; outre qu'il reçoit du sang par le périoste, il en reçoit encore par le ligament rond. On a prétendu encore que la réunion ne pouvait avoir lieu, parce que la synovie dissolvait le col: mais il n'est pas prouvé que la synovie ait une propriété dissolvante, car on voit les fractures des extrémités de l'humérus, etc., guérir, quoique le col fût en contact avec la synovie. La fracture du col peut guérir, même sans raccourcissement: voilà ce que l'expérience a prouvé; mais plus fréquemment les malades périssent d'affections amenées par la position gênante à laquelle ils sont condamnés pendant toute la durée du traitement. Je crois que le traitement le plus convenable c'est la position demi-fléchie, 1°. parce qu'elle est la moins douloureuse; 2°. parce que les muscles étant relâchés sont moins disposés à produire le déplacement; 3°. parce qu'elle n'expose pas aux accidens qui surviennent par l'application de l'appareil de *Desault* ou de celui de M. *Boyer*.

XXII.

Les fractures de la rotule qui sont le résultat de violences extérieures sont plus graves que celles qui sont dues à la contraction des muscles; mais je crois que, dans le premier cas, elles sont ordinairement accompagnées de moins de déplacement.

XXIII.

Les fractures de l'extrémité supérieure du péroné ressemblent à celles du cubitus sous beaucoup de rapports; elles ne sont presque jamais accompagnées de déplacement, et elles ne demandent ordinairement que la position et le repos pour guérir.

XXIV.

Les fractures de l'extrémité inférieure du péroné sont beaucoup plus graves que celles de l'extrémité supérieure. Il y a deux méthodes pour les traiter : celle de M. *Dupuytren* me paraît la plus convenable; il est vrai que lorsqu'on ôte l'appareil on trouve le pied porté en dedans, mais au bout de quelques jours il a repris de lui-même sa direction naturelle.

XXV.

M. *Breschet* a trouvé, par des expériences faites sur des chiens, que deux mois après la fracture la ténacité du col est encore moins grande que celle de l'os, mais qu'un peu plus tard il est plus facile de casser un os ailleurs que dans ce point : d'où il résulte, 1°. que lorsqu'un os est fracturé pour la deuxième fois, la seconde fracture se fait dans le même endroit que la première, s'il n'y a pas long-temps que celle-ci est consolidée; mais s'il y a plusieurs années que cette consolidation s'est opérée, la solution de continuité se fait dans un autre lieu; 2°. que tant que le cal définitif n'est pas formé, on peut le redresser s'il est difforme, et rendre à un membre sa configuration et sa longueur première en exerçant des efforts convenables.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

II.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

III.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.

IV.

A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Ibid.*, *aph.* 14.

V.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica; tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.